

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO
2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

ACCESO: LIBRE

CONCURSO-OPOSICIÓN 2023 PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES DE:
FEA CARDIOLOGÍA

ADVERTENCIAS:

- **ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELEFONO MÓVIL (o dispositivo electrónico conectado a datos, en general).**
- **EN LA CONTRAPORTADA DE ESTE CUADERNILLO ENCONTRARÁ INSTRUCCIONES QUE DEBE SEGUIR EN CASO DE HABER OLVIDADO DEJAR EL TELEFONO MÓVIL ANTES DE ACCEDER AL AULA DE EXAMEN.**
- **ESTÁ PROHIBIDO HABLAR DESDE EL INICIO DE LA PRUEBA.**
- **NO ABRA EL CUADERNILLO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
- **EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.**

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla.**
- **El tiempo de duración de las dos pruebas es de tres horas.**
- **Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto cuando se indique.**
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución. PARA ELLO LEVANTE LA MANO Y ESPERE EN SILENCIO A SER ATENDIDO POR LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL EXAMEN.
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**» y «**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**».

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
 - Las preguntas de esta prueba teórica deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 1 a la 100.
 - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «**Reserva**» de la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
 - Las preguntas de esta prueba práctica deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «**Hoja de Respuestas**».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «**Hoja de Respuestas**» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU «HOJA DE RESPUESTAS», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUADERNILLO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.

**CONTINÚA EN LA
CONTRAPORTADA**

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL

-
- 1 Según la Ley 41/2002 (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo:**
- A) 4 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
 - B) 5 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
 - C) 10 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
 - D) 15 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
- 2 Según el artículo 11 de la Ley 55/2003 (del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud), el Foro Marco para el Diálogo Social depende de:**
- A) La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
 - B) El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
 - C) El Ministerio de Sanidad.
 - D) La Mesa Sectorial de Sanidad.
- 3 El vigente RGPD (Reglamento General de Protección de Datos) aprobado por el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea (Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos) establece unos principios generales relativos al tratamiento de los datos personales, entre los que se encuentran los siguientes, EXCEPTO:**
- A) Principios de licitud, lealtad y transparencia.
 - B) Principio de limitación del plazo de conservación.
 - C) Principio de seguridad digital.
 - D) Principio de minimización de datos.
- 4 En el artículo 22 del Estatuto de Autonomía de Andalucía se reconoce la Salud como un derecho, haciéndose eco el legislador del mandato de la Constitución que garantiza la protección de la salud como derecho constitucional. Señale a través de qué instrumento o medio se garantizará este derecho, según se dicta en este mismo artículo del Estatuto de Autonomía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo):**
- A) Mediante un sistema sanitario público de carácter universal.
 - B) A través de Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social.
 - C) Mediante convenios y conciertos entre el proveedor público de servicios sanitarios y las entidades privadas del sector sanitario.
 - D) A través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

- 5 La Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) tiene como objetivo el desarrollo y gestión de recursos de apoyo social para personas con dependencia y discapacidad derivada de padecer trastornos mentales graves. Señale a qué órgano directivo de la actual Consejería de Salud y Consumo está adscrita esta entidad instrumental, y tiene asignados la orientación, tutela y gestión técnica de FAISEM:**
- A) Viceconsejería.
 - B) Secretaría General Técnica.
 - C) Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
 - D) Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
- 6 El sistema de información sanitaria que recoge datos clínicos y del uso de recursos sanitarios de cada una de las personas que reciben asistencia sanitaria en el Servicio Andaluz de Salud, se conoce por:**
- A) BPS (Base Poblacional de Salud).
 - B) BDU (Base de Datos de Usuarios).
 - C) Historia Clínica Digital DIRAYA.
 - D) COANhYd.
- 7 Según la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, ¿cuál de los siguientes estudios NO requerirá de la preceptiva evaluación y aprobación por un Comité de Ética de la Investigación (CEI)?**
- A) Un estudio descriptivo de las características clínicas, inmunológicas, genéticas y demográficas de una serie multicéntrica de pacientes diagnosticados de esclerodermia sistémica.
 - B) Una tesis doctoral que evalúa la correlación entre varios tipos de analgesia local y el control del dolor secundario a extracción dental, que se va a llevar a cabo con pacientes atendidos en un gabinete odontológico conveniado con la universidad.
 - C) Un estudio experimental en conejos para evaluar una nueva molécula de posible efecto antiangiogénico, aplicándola intraocularmente.
 - D) Un estudio de tipo cualitativo con diseño de investigación-acción participativa que evalúa un programa de atención paliativa en domicilio involucrando a profesionales, pacientes y familiares.
- 8 Referida a las técnicas de muestreo en estudios de investigación, solo una de las siguientes es de tipo aleatorio o probabilístico:**
- A) Muestreo "bola de nieve".
 - B) Muestreo por cuotas.
 - C) Muestreo por conveniencia.
 - D) Muestreo estratificado.

- 9 Un estudio de investigación analiza la posible relación entre el consumo de carnes rojas y el desarrollo de determinadas neoplasias digestivas, en concreto cáncer colorrectal (CCR), bajo un diseño epidemiológico de "casos y controles". Está claro que la población de la que se obtendrían los "casos" serían pacientes diagnosticados de CCR, pero ¿cuál sería la población de la que se obtendrían los "controles" para llevar a cabo este estudio y obtener una estimación no sesgada del riesgo de CCR asociado a la ingesta de carnes rojas?**
- A) Pacientes diagnosticados de otras neoplasias digestivas y que reconozcan no ser vegetarianos.
 - B) Pacientes sin CCR que sean vegetarianos.
 - C) Pacientes sin CCR que provengan de la misma población de la que la provienen los casos.
 - D) Pacientes con CCR que reconozcan no comer carnes rojas.
- 10 Usted está leyendo un artículo que publica los resultados de un gran ensayo clínico aleatorizado y doble ciego, de gran interés en su ámbito profesional. En concreto le llama la atención el resultado que muestra este estudio sobre la mortalidad global al comparar un nuevo tratamiento experimental con la terapia estándar hasta este momento, en una población de pacientes que tienen un perfil muy similar a los que se tratan en su Unidad. Este resultado publicado es: $RR = 0.71$ (IC95% 0.98-0.59, $p=0.046$). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
- A) El valor p asociado al contraste no es significativo estadísticamente.
 - B) La reducción relativa del riesgo (RRR) para la variable "mortalidad global" es aproximadamente del 29%.
 - C) El NNT (número de pacientes que necesitaría tratarse con el nuevo tratamiento en vez del estándar para reducir un resultado de muerte por cualquier causa) sería 71.
 - D) La probabilidad de que estos resultados se deban al error del muestreo es del 95%.
- 11 Referido a las pruebas paramétricas en Estadística Inferencial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
- A) Cuantifican la asociación o independencia entre una variable cuantitativa y una categórica.
 - B) Exigen ciertos requisitos previos para su aplicación: distribución Normal de la variable cuantitativa en los grupos que se comparan, homocedasticidad de varianzas en las poblaciones de las que proceden los grupos y un tamaño muestral n no inferior a 30.
 - C) T de Student y ANOVA son las pruebas paramétricas más habituales.
 - D) Todas son correctas.

- 12 Referido a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y su valoración, es cierto que:**
- A) La valoración de la CVRS se centra en una evaluación objetiva de las tres dimensiones fundamentales de funcionamiento de la persona: física, psicológica-cognoscitiva y social.
 - B) La valoración de la CVRS tiene interés sólo en estudios de investigación (como medición de resultados percibidos por el paciente), no siendo aplicable en la práctica clínica por su complejidad y variabilidad.
 - C) La mayoría de los instrumentos de evaluación de la CVRS son cuestionarios, que deben poseer cualidades psicométricas como validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios.
 - D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- 13 La segunda opinión médica (SOM) es un derecho de las personas usuarias del Servicio Andaluz de Salud cuando estas padecen una enfermedad diagnosticada como de pronóstico fatal, incurable o que compromete gravemente su calidad de vida, o bien cuando el tratamiento propuesto conlleva un elevado riesgo vital. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre este derecho de segunda opinión médica y su regulación y acceso a la prestación del mismo en el ámbito del SAS es INCORRECTA?**
- A) Cuando una persona solicita una SOM, y esta resulta estimatoria según lo establecido en la normativa, un facultativo experto estudia la información procedente de su historia clínica y emite un informe que se envía directamente a la persona solicitante, o a quien esta haya autorizado para actuar en su nombre.
 - B) Para solicitar una SOM la persona solicitante debe haber sido diagnosticada previamente y no requerir tratamiento urgente o inmediato.
 - C) El ejercicio del derecho a la SOM, en los casos previstos en la normativa regulatoria, conlleva la libre elección de especialista y centro hospitalario por parte de la persona solicitante.
 - D) Es un requisito que el diagnóstico de la enfermedad o el tratamiento propuesto para la persona solicitante lo haya sido en cualquier centro dependiente del Servicio Andaluz de Salud.
- 14 Referido al "Modelo de Acreditación de Competencias Profesionales" en el ámbito del SSPA, son correctas todas las respuestas que siguen, EXCEPTO:**
- A) La acreditación consiste en el reconocimiento expreso por parte de la Administración Sanitaria del desarrollo alcanzado por un profesional que se ha sometido a un proceso voluntario de evaluación para la mejora continua de sus labores asistenciales, docentes y de investigación.
 - B) La certificación se realiza verificando la presencia de competencias clave en la práctica real, de acuerdo a estándares determinados por la evidencia científica y el consenso de expertos.
 - C) El sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del SSPA está regulado por el Decreto 18/2007, de 23 de enero.
 - D) La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), actualmente adscrita a la Consejería de Salud e integrada en la Fundación Progreso y Salud, es el órgano competente para la acreditación de la competencia profesional.

- 15 El instrumento de que se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por sus centros y los recursos de que éstos dispondrán a lo largo de un año, enmarcados en el planteamiento de una sanidad pública gestionada con los profesionales, basada en los resultados en salud y orientada a prestar la mejor asistencia posible a los pacientes, se conoce por:**
- A) Plan Estratégico Anual.
 - B) Programa de Racionalización Operativa Anual (PROA).
 - C) Acuerdo de Gestión Clínica.
 - D) Contrato Programa.
- 16 ¿Qué CHA2DS2-VASc Score tiene una mujer con fibrilación auricular (FA) paroxística, que es hipertensa, dislipémica, fumadora, de 76 años de edad y sin otra patología conocida?**
- A) 4.
 - B) 3.
 - C) 5.
 - D) 2.
- 17 Definimos la cardiopatía isquémica como el desequilibrio entre el aporte de oxígeno y la demanda de éste por el miocardio. ¿Cuál de estos factores NO está relacionado con el aporte de oxígeno?**
- A) Flujo coronario.
 - B) Capacidad transporte.
 - C) Extracción de O₂.
 - D) Presencia de estría grasa en las coronarias.
- 18 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la enfermedad coronaria (EC) es FALSA?**
- A) La toma de prebióticos modifica de forma sustancial la EC, sea cual sea su causa, momento evolutivo, edad del paciente y riesgo cardiovascular.
 - B) La EC es un proceso patológico caracterizado por la acumulación de placa aterosclerótica en las arterias epicárdicas.
 - C) La EC se puede modificar mediante cambios en el estilo de vida, tratamientos farmacológicos e intervenciones invasivas, cuyo objetivo es la estabilización o regresión de la enfermedad.
 - D) La EC puede desestabilizarse en cualquier momento, típicamente debido a un evento aterotrombótico agudo causado por la rotura o la erosión de la placa.
- 19 En relación a la FA (fibrilación auricular) NO es cierto:**
- A) La FA persistente es aquella que se presenta después de 7 días del comienzo de la misma.
 - B) La apnea del sueño es un factor de riesgo de desarrollar FA.
 - C) No es necesario controlar la obesidad para disminuir el riesgo de recidivas de FA.
 - D) El objetivo de la frecuencia cardiaca, cuando se realiza la estrategia de control del ritmo, debe situarse entre 60-80 lpm en reposo.

- 20 En relación con las principales causas de muerte en España durante el año 2020, según el Instituto Nacional de Estadística, señale la FALSA:**
- A) Los tumores fueron la causa más frecuente de muerte en nuestro país
 - B) Las enfermedades cardiovasculares continúan como la primera causa de muerte en Andalucía.
 - C) La causa más frecuente en mujeres es la enfermedad cerebrovascular.
 - D) Las enfermedades infecciosas, incluido el COVID, fueron la tercera causa de muerte.
- 21 En relación a la profilaxis de la endocarditis infecciosa señale la respuesta FALSA:**
- A) La mejor recomendación general es tener una buena higiene oral.
 - B) Para realizar profilaxis antibiótica han de cumplirse dos condiciones: que exista un alto riesgo de endocarditis y que se vaya a realizar un procedimiento dental que involucre la encía o la mucosa oral.
 - C) El implante de material protésico, como válvula cardíaca, es un factor de riesgo.
 - D) Debe administrarse 2 gramos de amoxicilina 30-60 minutos antes del procedimiento y 6 horas después del procedimiento.
- 22 En relación con la diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?**
- A) Cerca del 75% de las muertes en los pacientes diabéticos están en relación con enfermedad coronaria.
 - B) Se recomienda terapia hipolipemiente en diabéticos por encima de 40 años, independientemente de que tengan o no enfermedad vascular establecida.
 - C) Se recomienda un objetivo de HbA1c inferior a 7% para disminuir el riesgo vascular y complicaciones microvasculares.
 - D) El tratamiento antiagregante está indicado en prevención primaria en todo paciente diabético tipo 2.
- 23 La etiología más frecuente de insuficiencia triscúlide orgánica es:**
- A) Infarto agudo de miocardio.
 - B) Endocarditis.
 - C) Prolapso.
 - D) Carcinóide.
- 24 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta en la comunicación interauricular?**
- A) Su aparición es más frecuente en la trisomía 18.
 - B) Es una malformación cardíaca que con frecuencia se diagnostica en la edad adulta.
 - C) Es más frecuente en mujeres que en hombres.
 - D) Existe un desdoblamiento fijo del segundo tono.

- 25 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, respecto a la interpretación de una prueba de esfuerzo, es verdadera?**
- A) La presencia de bloqueo de rama derecha no altera la sensibilidad de la ergometría para el diagnóstico de isquemia miocárdica.
 - B) Un descenso del segmento ST en las derivaciones inferiores durante la ergometría, es específica de lesiones severas en la coronaria derecha.
 - C) Las elevaciones del segmento ST durante la prueba de esfuerzo, sí predice la localización anatómica de la estenosis coronaria.
 - D) El tratamiento con digoxina no modifica los cambios en el segmento ST, incluso aunque el segmento ST basal sea normal.
- 26 ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO se encuentra en la miocardiopatía restrictiva?**
- A) Función sistólica normal o ligeramente reducida.
 - B) Presiones de llenado izquierda y derecha elevadas.
 - C) Movimiento sistólico anterior de la válvula mitral.
 - D) Bajo voltaje y alteraciones de la conducción en el electrocardiograma.
- 27 Una de las siguientes afirmaciones sobre la tomografía computarizada del corazón es FALSA:**
- A) Entre sus inconvenientes se encuentra el uso de radiación ionizante.
 - B) La capacidad diagnóstica del TAC coronario es menor en presencia de arritmias o frecuencia cardíaca rápida (mayor de 70 latidos minuto).
 - C) La calcificación coronaria severa no afecta al resultado, y permite visualizar adecuadamente las coronarias.
 - D) Si se emplea contraste, hay que tener en cuenta la posibilidad de alergia y el riesgo de nefropatía.
- 28 La rotura traumática de aorta ocurre con más frecuencia:**
- A) Entre el origen de la arteria subclavia izquierda y el ligamento arterioso.
 - B) En la raíz de aorta, distal a las coronarias.
 - C) Antes de la salida de los troncos supraaórticos.
 - D) Entre tronco braquiocefálico derecho y arteria carótida izquierda.
- 29 Señale la correcta sobre la puntuación de calcio arterial coronario (calcio score) mediante tomografía computarizada:**
- A) Es necesaria la administración de contraste para su cuantificación.
 - B) El calcio score se reduce mediante un tratamiento a largo plazo con estatinas.
 - C) Aunque un calcio score alto permite identificar a individuos con mayor riesgo cardiovascular, un calcio score de 0 no se asocia con un bajo riesgo de eventos cardiovasculares a 10 años, lo que probablemente se relacione con la presencia de placas blandas no detectadas mediante esta técnica.
 - D) Un calcio score alto se asocia con un mayor riesgo de cáncer y de muerte de causa no cardiovascular.

- 30 La resonancia magnética es una técnica de imagen cardiovascular cuya implementación en la práctica habitual está creciendo de forma significativa en los últimos años. Señale la correcta:**
- A) Es una técnica de imagen basada en radiación ionizante generada mediante la emisión de ondas de radiofrecuencia que aprovechan las propiedades magnéticas del núcleo del hidrógeno (H+), muy abundante en el organismo.
 - B) La realización de esta técnica está contraindicada en pacientes con stents coronarios o prótesis valvulares mecánicas.
 - C) Las secuencias basadas en T2 permiten detectar la presencia de edema.
 - D) Las secuencias basadas en T1 permiten detectar la presencia de hierro, lo que puede ser de especial interés en pacientes con diagnóstico de hemocromatosis.
- 31 En relación a la toma de decisiones en Cardiología, señale la FALSA:**
- A) La toma de decisiones confiable es de fundamental importancia para la atención médica de alta calidad centrada en el paciente.
 - B) Las decisiones clínicas en cardiología no son sensibles al tiempo como en otras especialidades.
 - C) La lógica, la teoría de la probabilidad y la ciencia cognitiva, pueden proporcionar un marco para un buen razonamiento clínico.
 - D) Asegurar que el paciente sea partícipe, y sea parte de todas las decisiones, también es fundamental.
- 32 Señale la respuesta FALSA en relación al tratamiento quirúrgico de los aneurismas de aorta torácica:**
- A) La sustitución de la aorta aneurismática por un injerto está indicada cuando el diámetro de la aorta ascendente es mayor de 4.5 cm.
 - B) En pacientes con diagnóstico de enfermedad de Marfan, o válvula aórtica bicúspide, se considerará el tratamiento quirúrgico cuando la aorta tenga entre 4 y 5 cm de diámetro.
 - C) Se considera necesario intervenir sobre la aorta torácica descendente aneurismática si su diámetro es superior a 6 cm.
 - D) Se recomienda sustituir la aorta aneurismática cuando, en un periodo de 1 año, se observa un incremento del diámetro del aneurisma de más de 1 cm.
- 33 Sobre la tomografía por emisión de positrones (PET), señale la correcta:**
- A) Permite estudiar cuantitativamente, mediante el uso de trazadores específicos, el flujo sanguíneo tisular (F18-FDG) y el estado metabólico del miocardio (Rubidio-82).
 - B) Una perfusión regional reducida junto con un aumento de la captación regional de F18-FDG es un patrón característico del miocardio hibernado.
 - C) Un patrón concordante de hipocaptación de los trazadores de perfusión y metabolismo es indicativo de miocardio viable.
 - D) La F18-FDG PET es una técnica muy útil en el diagnóstico de endocarditis protésica y sarcoidosis cardíaca. En el primer supuesto, para el diagnóstico de émbolos sépticos a distancia, es necesaria la preparación del paciente con una dieta rica en grasas y pobre en carbohidratos, no así en el segundo.

34 Sobre la evaluación del paciente con sospecha de bradicardia o enfermedad del sistema de conducción, señale la correcta:

- A) La historia clínica y la exploración física no tienen importancia en la evaluación inicial de estos pacientes, ya que no permiten identificar pacientes con cardiopatía estructural.
- B) Dada la baja rentabilidad, no se recomienda estudio genético en pacientes menores de 50 años con diagnóstico de enfermedad del sistema de conducción.
- C) Se recomienda screening de síndrome de apnea del sueño en pacientes con clínica compatible y bradicardia grave o bloqueo auricular avanzado durante el sueño, ya que los pacientes con apnea del sueño presentan una mayor prevalencia de bradicardia durante los episodios de apnea.
- D) En pacientes con síncope de repetición inexplicados, con menos de un episodio al mes, se recomienda monitorización electrocardiográfica de larga duración con un dispositivo de monitorización externa.

35 Sobre la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección levemente reducida, señale la correcta:

- A) En lo referente a su etiología, existe una frecuencia de enfermedad coronaria subyacente similar a la de los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada.
- B) Para su diagnóstico es necesaria la presencia de signos y síntomas de insuficiencia cardiaca y una FEVI levemente reducida (41-49%). Aunque la presencia de péptidos natriuréticos elevados hace el diagnóstico más probable, no es obligatoria.
- C) El perfil clínico de paciente, se asemeja más al de pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (mujeres, edad avanzada, comorbilidades).
- D) En general, el pronóstico es similar al de pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción reducida, por ello está indicado el tratamiento médico óptimo con las mismas terapias farmacológicas.

36 De acuerdo con las Guías Europeas de Insuficiencia Cardiaca de 2021, señale la correcta respecto al tratamiento de la insuficiencia cardiaca con FEVI reducida:

- A) Se reconoce el efecto de clase de los iSGLT2, y se recomienda el tratamiento con cualquier fármaco del grupo para reducir hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca y mortalidad.
- B) Se prefiere el uso de ARA-II a IECA, por su mejor tolerabilidad y mayor vida media.
- C) Se recomienda el tratamiento con Vericiguat en pacientes tratados con IECA (o Sacubitril/Valsartan), betabloqueante y antagonista de los receptores de mineralocorticoides, que aunque no hayan presentado empeoramiento de su insuficiencia cardiaca, se encuentren en clase funcional II-IV.
- D) Se recomiendan los diuréticos en pacientes con congestión para aliviar los síntomas, mejorar la capacidad de ejercicio y reducir las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca.

- 37 Con respecto a la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada, ¿cuál de los siguientes NO hace más probable su diagnóstico?**
- A) NT-ProBNP > 125 pg/mL en pacientes con fibrilación auricular.
 - B) Volumen auricular izquierdo indexado > 34ml/m².
 - C) Ratio E/e' en reposo > 9.
 - D) Velocidad máxima de insuficiencia tricúspide en reposo > 2.8 m/s.
- 38 De acuerdo con las Guías Europeas de Insuficiencia Cardiaca (IC) de 2021, ¿en cuál de los siguientes pacientes tendría menor evidencia científica el tratamiento con terapia de resincronización cardíaca (TRC)?**
- A) Ritmo sinusal, IC con FEVI reducida y QRS 160 ms con morfología de bloqueo de rama izquierda, clase funcional II a pesar de tratamiento médico óptimo.
 - B) Fibrilación auricular, IC con FEVI reducida y necesidad de estimulación permanente por bloqueo auriculoventricular de alto grado, QRS 110 ms, clase funcional II.
 - C) Ritmo sinusal, IC con FEVI reducida y necesidad de estimulación permanente por bloqueo auriculoventricular de alto grado, QRS 120 ms, clase funcional II.
 - D) Ritmo sinusal, IC con FEVI reducida, QRS 130 ms con morfología de bloqueo de rama derecha, clase funcional II a pesar de tratamiento médico óptimo.
- 39 Señale, de los siguientes, el que NO es un criterio de insuficiencia cardiaca avanzada:**
- A) Episodios de congestión pulmonar o sistémica que requieren diuréticos intravenosos a altas dosis.
 - B) Sintomatología persistente y grave (clase funcional NYHA III o IV).
 - C) Distancia de 600 m en la prueba de marcha de 6 minutos (por causa cardiaca).
 - D) Consumo pico de oxígeno 10 mL/kg/min (por causa cardiaca).
- 40 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la medición del intervalo HV en un estudio electrofisiológico es INCORRECTA?**
- A) El intervalo HV tiene más especificidad que sensibilidad para predecir el desarrollo de bloqueo auriculoventricular completo.
 - B) Un intervalo HV menor a 55 milisegundos se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar bloqueo auriculoventricular completo.
 - C) En una taquicardia supraventricular el intervalo HV es igual o más largo que el cuantificado en ritmo sinusal.
 - D) En una taquicardia ventricular el intervalo HV es más corto que el cuantificado en ritmo sinusal.
- 41 Sobre el bloqueo auriculoventricular (BAV) de segundo grado, señale la INCORRECTA:**
- A) El BAV de segundo grado tipo II progresa con mayor frecuencia a BAV completo.
 - B) El BAV de segundo grado tipo I con QRS estrecho generalmente no progresa a BAV completo.
 - C) En ancianos, el BAV de segundo grado tipo I con o sin bloqueo de rama, tiene un comportamiento clínico más parecido al BAV de segundo grado tipo II.
 - D) El BAV con conducción 2:1 es una forma de BAV de segundo grado tipo II.

42 Sobre el tratamiento del flutter auricular, señale la correcta:

- A) El tratamiento anticoagulante debe seguir los mismos principios que para la fibrilación auricular en caso de que coexistan ambas arritmias. En pacientes sin fibrilación auricular concomitante, se debe también considerar iniciar anticoagulación, aunque el umbral no está tan claramente definido.
- B) En un episodio agudo, en pacientes con estabilidad hemodinámica, se recomienda cardioversión eléctrica sincronizada de alta energía (>150 J bifásica).
- C) En un episodio agudo, en pacientes con estabilidad hemodinámica que rechacen cardioversión eléctrica, se debe intentar cardioversión farmacológica con Propafenona o Flecainida.
- D) Los betabloqueantes y los calcioantagonistas dihidropiridínicos son de elección para el control de la frecuencia en caso de que no se realice ablación por catéter.

43 Señale la correcta sobre la extrasistolia ventricular/taquicardia ventricular idiopática:

- A) El tratamiento farmacológico con betabloqueantes o calcioantagonistas no dihidropiridínicos es el tratamiento de elección en pacientes sintomáticos cuando el origen es el tracto de salida del ventrículo derecho o los fascículos izquierdos.
- B) La ablación por catéter es el tratamiento de elección en pacientes sintomáticos cuando el origen no es el tracto de salida del ventrículo derecho o los fascículos izquierdos.
- C) El tratamiento farmacológico con Flecaínida es una alternativa en pacientes sintomáticos cuando el origen no es el tracto de salida del ventrículo derecho o los fascículos izquierdos.
- D) El tratamiento farmacológico con Amiodarona es el tratamiento de elección en pacientes sintomáticos cuando el origen no es el tracto de salida del ventrículo derecho o los fascículos izquierdos.

44 La muerte súbita cardíaca es un problema de salud de primer orden. Señale la INCORRECTA:

- A) La incidencia de muerte súbita cardíaca es mayor en los adolescentes y adultos jóvenes.
- B) Representa el 50% del total de muertes cardiovasculares.
- C) A cualquier edad, los hombres tienen más riesgo que las mujeres, incluso tras ajustar por la presencia de enfermedad coronaria.
- D) La enfermedad coronaria es responsable de hasta el 75-80% de los casos.

- 45 Señale la INCORRECTA sobre la monitorización electrocardiográfica continua con holter implantable:**
- A) Está indicado en pacientes con síncope recurrente de causa desconocida y criterios de alto riesgo en los que la evaluación general no haya dado con la causa del síncope o llevado a instaurar un tratamiento específico, siempre y cuando no haya indicación de implante de marcapasos o DAI.
 - B) Puede considerarse su implante en pacientes con síncope reflejos frecuentes y graves.
 - C) Debe evitarse su implantación en pacientes con caídas inexplicadas, en los que, dada la heterogeneidad de las causas, los riesgos del implante superan los posibles beneficios.
 - D) Podría ser útil en pacientes con epilepsia y mala respuesta al tratamiento.
- 46 Señale la INCORRECTA sobre la monitorización electrocardiográfica continua:**
- A) La monitorización mediante Holter-ECG tiene un alto coste por diagnóstico.
 - B) Los registradores externos continuos se recomiendan en pacientes con episodios sincopales con un intervalo mayor o igual a 4 semanas.
 - C) El holter implantable está indicado en la fase inicial de la evaluación de los pacientes con síncope recurrente de causa desconocida, en ausencia de criterios de alto riesgo.
 - D) Aun cuando no se correlacione con un episodio sincopal, debe considerarse el diagnóstico de síncope arrítmico si se detectan periodos de bloqueo auriculoventricular de segundo grado tipo II durante la monitorización.
- 47 En la evaluación inicial en urgencias de un paciente con síncope, ¿cuál de las siguientes características NO es de alto riesgo?**
- A) Síncope durante el esfuerzo o en supino.
 - B) Síncope tras bidepestación prolongada.
 - C) Bradicardia sinusal persistente (< 40 lpm).
 - D) Tensión arterial sistólica en el departamento de urgencias < 90 mmHg, inexplicada.
- 48 Señale la respuesta correcta con relación a la evaluación del riesgo cardiovascular:**
- A) El sistema SCORE2 evalúa el riesgo de enfermedad cardiovascular mortal a los 10 años teniendo en cuenta el sexo, la edad, el hábito tabáquico, la presión arterial sistólica y los niveles de colesterol no HDL.
 - B) Se consideran pacientes de alto riesgo cardiovascular aquellos con un riesgo SCORE $\geq 5\%$ y < 10%, niveles de colesterol total > 310 mg/dL o cLDL > 190 mg/dL, PA $\geq 180/110$ mmHg, insuficiencia renal crónica moderada (FG 30-59 mL/min), diabetes mellitus de al menos 10 años de evolución sin factores de riesgo asociados, o hipercolesterolemia familiar sin factores de riesgo.
 - C) Según las Guías de Prevención de 2021 de la Sociedad Europea de Cardiología, no se debe realizar evaluación sistemática del riesgo cardiovascular en los hombres menores de 40 años y en las mujeres menores de 45 años sin factores de riesgo conocidos.
 - D) El sistema SCORE evalúa el riesgo cardiovascular en los países europeos de riesgo bajo o intermedio, y el SCORE2 en los de riesgo alto.

49 Sobre el tratamiento de la tormenta arrítmica, señale la correcta:

- A) Se recomienda el tratamiento antiarrítmico con betabloqueantes (preferiblemente cardioselectivos) y Amiodarona intravenosa en pacientes con cardiopatía estructural, salvo contraindicación.
- B) En pacientes con QT largo adquirido y Torsade de Pointes recurrente pese a la corrección de los factores precipitantes, se debe administrar Amiodarona intravenosa.
- C) La ablación por catéter está indicada en pacientes con taquicardia ventricular monomorfa sostenida refractaria a antiarrítmicos.
- D) En caso de realizar sedación, esta debe ser preferiblemente profunda (con intubación); la sedación superficial se debe evitar, ya que provoca un aumento paradójico del tono simpático.

50 Señale la INCORRECTA sobre el paro cardíaco:

- A) En supervivientes a una parada cardíaca en los que se documente vasoespasmio coronario, debe plantearse el implante de un DAI.
- B) En pacientes con taquicardia ventricular polimórfica o fibrilación ventricular recurrente durante un síndrome coronario agudo, se prefiere el uso de Lidocaína al de Amiodarona.
- C) En pacientes con taquicardia ventricular polimórfica o fibrilación ventricular recurrente durante un síndrome coronario agudo con elevación del ST, está indicado el tratamiento con betabloqueante intravenoso, salvo contraindicación.
- D) En relación al riesgo de paro cardíaco en pacientes con un síndrome coronario agudo, no está indicado el tratamiento profiláctico con antiarrítmicos (salvo betabloqueantes).

51 Señale la respuesta FALSA en relación con los inhibidores de SGLT2 (ISGLT2):

- A) Están indicados como tratamiento de primera línea en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y alto riesgo cardiovascular.
- B) Incrementan el riesgo de hiperpotasemia.
- C) Tanto Dapagliflozina como Canagliflozina han demostrado reducción de la progresión de la insuficiencia renal.
- D) Se contraindica el uso de Empagliflozina en pacientes con insuficiencia cardíaca y un aclaramiento de creatinina < 20 mL/min, y de Dapagliflozina cuando el aclaramiento de creatinina es < 25 mL/min.

52 La hipertensión arterial resistente se define como la incapacidad para un adecuado control de la presión arterial pese al empleo de 3 fármacos a dosis máximas entre los que se encuentran un IECA o ARA-II, un antagonista del calcio y un diurético junto con modificaciones en el estilo de vida. ¿Cuál es el siguiente escalón terapéutico en estos pacientes?

- A) Combinar un IECA con un ARA-II.
- B) Añadir betabloqueantes al tratamiento.
- C) Añadir Doxazosina al tratamiento.
- D) Añadir Espironolactona al tratamiento.

53 Señale la respuesta FALSA en relación al tratamiento hipolipemiante:

- A) La combinación de estatinas de alta potencia y Ezetimibe determina una reducción del cLDL de aproximadamente el 65%.
- B) Los inhibidores de PCSK9 producen una mayor reducción de Lipoproteína (a) que las estatinas de alta potencia.
- C) Los dos iPCSK9 comercializados en nuestro país han demostrado una reducción de la mortalidad cardiovascular en sus respectivos ensayos pivotaes.
- D) El tratamiento concomitante de estatinas con Amiodarona, Verapamilo o Ranolazina puede aumentar el riesgo de miopatía y rabdomiolisis.

54 ¿Cuál de los siguientes objetivos de control de factores de riesgo cardiovascular está indicado en pacientes con diabetes mellitus?

- A) En pacientes de muy alto riesgo cardiovascular se recomiendan unos niveles de LDL colesterol < 55 mg/dL.
- B) Para el control glucémico en pacientes con alto riesgo cardiovascular son de elección las sulfonilureas.
- C) Se recomienda el tratamiento con AAS (75-100 mg) en todos los pacientes con diabetes mellitus.
- D) Para el tratamiento de la hipertensión arterial se recomienda una combinación de un IECA o ARA-II con un fármaco betabloqueante.

55 Señale la respuesta correcta respecto a la disección coronaria espontánea:

- A) Las formas que se presentan durante el embarazo tienen peor pronóstico y se asocian con mayor riesgo de complicaciones.
- B) Las técnicas de imagen intracoronaria (IVUS, OCT) no juegan un papel importante en su diagnóstico.
- C) El tratamiento de elección en la mayoría de casos es la angioplastia percutánea.
- D) El patrón de presentación menos frecuente de la clasificación de Saw es el tipo 2.

56 ¿Cuál de los siguientes fármacos NO tiene un efecto positivo demostrado en reducción de eventos cardiovasculares en prevención secundaria en cardiopatía isquémica?

- A) Colchicina.
- B) Evolocumab.
- C) Ezetimibe.
- D) Inclisiran.

- 57 El origen anómalo de las arterias coronarias desde un seno de Valsalva inapropiado es una entidad poco frecuente pero que puede producir muerte cardíaca súbita. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con esta entidad?**
- A) Las formas con mayor riesgo de muerte súbita son aquellas en las que la coronaria anómala presenta un trayecto interarterial.
 - B) El TAC y la RNM son las técnicas de elección para su diagnóstico.
 - C) Las pruebas de detección de isquemia están recomendadas para descartar isquemia inducible en pacientes con origen anómalo coronario y trayecto interarterial que se encuentran asintomáticos.
 - D) El subtipo más común es el origen anómalo de la coronaria izquierda desde el seno de Valsalva derecho con trayecto interarterial.
- 58 Sólo una de las siguientes opciones, con respecto a las anomalías coronarias congénitas, es verdadera. Señale cuál:**
- A) Su prevalencia en los pacientes que son sometidos a una coronariografía por cualquier motivo es inferior al 0,9%.
 - B) Constituyen la segunda causa de muerte súbita entre los atletas jóvenes.
 - C) El recorrido interarterial de una coronaria izquierda que nace de forma anómala del seno coronario derecho, no suele asociarse a muerte súbita.
 - D) El origen anómalo de las tres coronarias en la arteria pulmonar suele diagnosticarse en la adolescencia, y tiene indicación quirúrgica.
- 59 Señale la FALSA con respecto a las disecciones coronarias espontáneas como causa infrecuente de síndrome coronario agudo:**
- A) Si se relacionan con el embarazo suelen ocurrir en el primer o segundo trimestre.
 - B) Son especialmente frecuentes en las mujeres entre los 40 y los 50 años.
 - C) Una posible explicación es la presencia de displasia fibromuscular como arteriopatía subyacente.
 - D) La disección coronaria tipo F, según la modificación de la publicada por el National Heart, Lung and Blood Institute, hace referencia a aquella que ocasiona la oclusión completa de la luz del vaso coronario, sin flujo anterógrado distal.
- 60 Con respecto a la cardiopatía isquémica en la mujer, señale la opción verdadera:**
- A) El infarto agudo de miocardio que cursa sin dolor es más frecuente en mujeres que en hombres.
 - B) Tanto en cardiopatía isquémica crónica estable como en el síndrome coronario agudo, la mujer presenta una menor probabilidad de lesiones coronarias que el hombre, y una FEVI conservada con mayor frecuencia.
 - C) En términos generales se ha demostrado un mayor retraso medio en el diagnóstico y en el tratamiento del infarto agudo de miocardio en mujeres frente a lo que sucede en los hombres, que es de origen multifactorial.
 - D) Todas son verdaderas.

- 61 La escala TIMI para evaluar el riesgo de los pacientes atendidos por síndrome coronario agudo sin elevación del ST, incluye todos los siguientes factores de riesgo independientes EXCEPTO uno. Señale cuál:**
- A) Edad mayor o igual a 65 años.
 - B) Elevación de marcadores de daño miocárdico.
 - C) Desviación del ST de más de 1,5 mm en el ECG inicial.
 - D) Dos o más episodios anginosos en las 24 horas previas.
- 62 Sólo una de las siguientes es contraindicación absoluta para fibrinólisis ante un síndrome coronario agudo con elevación del ST, siendo las demás contraindicaciones relativas. Señale la contraindicación absoluta:**
- A) Cualquier hemorragia intracraneal previa.
 - B) Embarazo.
 - C) Cirugía mayor en las tres semanas previas.
 - D) Terapia anticoagulante oral.
- 63 Señale la terapia ERRÓNEA de las siguientes en los pacientes que están siendo atendidos por un Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST:**
- A) El consumo miocárdico de oxígeno debe reducirse independientemente de cuando y como se produzca la reperfusión. Por eso es importante mantener al paciente con reposo físico y emocional, incluso recurriendo a medidas de sedación suave.
 - B) La administración intravenosa de atropina puede ser útil para tratar los excesivos síntomas vagomiméticos que a veces aparecen con el uso de morfina en este contexto.
 - C) Los betabloqueantes intravenosos deben ser evitados en el paciente con infarto agudo Killip II o superior, ante el riesgo de precipitar un shock cardiogénico.
 - D) La oxigenoterapia debe administrarse aunque la oximetría sea normal, dado que ha demostrado facilitar la dilatación coronaria, reducir la zona de necrosis y el pico de troponina detectado.
- 64 La rotura del septum interventricular basal como complicación mecánica tras el infarto agudo de miocardio (señale la opción verdadera):**
- A) Se suele asociar a los infartos de localización inferior.
 - B) Tiene mejor pronóstico que las roturas que se localizan en la zona apical.
 - C) Se asocia especialmente con la presencia de circulación colateral.
 - D) Hoy en día, el cierre mediante un dispositivo percutáneo es el de elección frente al cierre quirúrgico.
- 65 Con respecto a la escala TIMI de flujo coronario en el infarto agudo de miocardio, señale la verdadera:**
- A) El flujo TIMI 2 hace referencia a flujo coronario enlentecido.
 - B) Los grados de flujo TIMI han dejado de asociarse a mortalidad desde la universalización de la reperfusión percutánea.
 - C) Alcanzar grado TIMI 3 se asoció a mayor tamaño del infarto con respecto al TIMI 2, debido al daño asociado a la reperfusión.
 - D) El grado TIMI 3 en la arteria culpable siempre se asocia a una adecuada perfusión coronaria.

- 66 La toxicidad vascular arterial coronaria asociada a la terapia contra el cáncer puede tener diversas presentaciones. Los siguientes fármacos se asocian a vasoespasmo agudo, EXCEPTO uno de ellos, cuyo daño se asocia preferentemente a aterosclerosis acelerada. Señale cuál:**
- A) 5-Fluorouracilo.
 - B) Capecitabina.
 - C) Cistostáticos con sales de Platino.
 - D) Nilotinib y Ponatinib.
- 67 Con respecto a la ecografía intravascular (IVUS), señale la opción FALSA:**
- A) En los pacientes trasplantados de corazón con enfermedad vascular del injerto avanzada, el IVUS está contraindicado por el riesgo asociado de síndrome coronario agudo.
 - B) Permite la caracterización de la pared arterial mediante histología virtual.
 - C) La medición del área de calcificación coronaria por encima de 180° se considera severa.
 - D) Los catéteres utilizados emiten frecuencias de 20 a 60 MHz, con una penetración de 5 a 10 mm hacia la pared de la coronaria.
- 68 Señale la opción verdadera sobre la OCT (tomografía por coherencia óptica) frente al IVUS (ecografía intravascular) coronario:**
- A) La OCT tiene una resolución espacial inferior a la del IVUS.
 - B) La penetración de la OCT para estudiar la pared del vaso es inferior a la del IVUS.
 - C) La OCT no puede diferenciar entre trombo rojo y trombo blanco intracoronario en el contexto del síndrome coronario agudo, a diferencia del IVUS.
 - D) La sensibilidad de la OCT para detectar la rotura y la erosión de la capa fibrosa sigue siendo inferior a la del IVUS.
- 69 La elección de by-pass aorto-coronario frente a revascularización coronaria percutánea no siempre está clara y, es por ello, que se defiende la creación de equipos multidisciplinares (Heart Team) para intentar elegir siempre la mejor opción para el paciente. Todas las siguientes características apoyan la realización de un by-pass frente a revascularización percutánea, EXCEPTO una. Señale cuál:**
- A) Contraindicación para la doble antiagregación.
 - B) Hipertensión arterial y fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor al 45%.
 - C) Determinadas características anatómicas, como la re-estenosis difusa intrastent, la calcificación coronaria severa y la imposibilidad de conseguir la revascularización completa.
 - D) Valor de la escala SYNTAX elevado, mayor o igual a 30.
- 70 La reducción del riesgo cardiovascular en las personas que realizan ejercicio físico con asiduidad, frente a las personas sedentarias, se encuentra alrededor del:**
- A) 10%.
 - B) 20%.
 - C) 40%.
 - D) 60%

- 71 Los programas de rehabilitación cardíaca después de un evento coronario han demostrado (señale la verdadera):**
- A) Una reducción en los reingresos por cualquier motivo entre un 25-30%.
 - B) Una reducción en la mortalidad cardiovascular anual del 10%, tanto en estudios randomizados como de cohortes.
 - C) No ser coste-efectivos en la mayoría de estudios, aunque sí lo son cuando en la valoración se introducen cuestionarios de la calidad de vida.
 - D) Un aumento de la necesidad de revascularizaciones al año del evento, asociado a un mejor seguimiento de los pacientes
- 72 Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial:**
- A) El sistema nervioso simpático está sistemáticamente activado en estos pacientes comparado con los no hipertensos, especialmente en la población obesa.
 - B) La hipertrofia ventricular izquierda es el daño sobre órgano-diana más frecuente en los pacientes hipertensos, aunque no se asocia de forma independiente a un peor pronóstico, ni de incidencia de eventos isquémicos, ni mayor mortalidad.
 - C) Los pacientes resistentes al tratamiento, en el seguimiento asocian con frecuencia una causa tratable de hipertensión arterial (secundaria).
 - D) La hipertensión arterial esencial tiene un patrón hereditario poligénico.
- 73 Los siguientes fármacos son causa de hipertensión secundaria inducida por drogas mediante propiedades vasopresoras directas, EXCEPTO una que se asocia a exceso de actividad mineralcorticoide o exceso de activación del sistema renina-angiotensiva-aldosterona. Señale cuál:**
- A) Alcohol.
 - B) Tacrolimus.
 - C) Eritropoyetina recombinante humana.
 - D) Ketoconazol.
- 74 Solo una de las siguientes entidades se asocia al grupo I de la clasificación de hipertensión pulmonar. Señale cuál:**
- A) Esquistosomiasis
 - B) Bronquitis crónica.
 - C) Insuficiencia cardíaca izquierda con fracción de eyección reducida.
 - D) Tromboembolismo pulmonar de repetición.
- 75 Solo uno de los siguientes hallazgos, en un paciente con hipertensión arterial pulmonar, se asocia a una mortalidad superior al 10% al año. Señale cuál:**
- A) Valores de NT proBNP menor de 200 ng/l.
 - B) Sincope de repetición.
 - C) Clase funcional II de la WHO.
 - D) Andar sólo 480 metros en el test de los 6 minutos.

- 76 El cor pulmonale agudo secundario a tromboembolismo pulmonar puede ser la causa de varios patrones electrocardiográficos que simulan infarto agudo de miocardio. Señale la opción FALSA en relación a esto:**
- A) Progresión lenta de la onda R.
 - B) Inversión de la onda T en precordiales derechas.
 - C) El patrón S1Q3T3, que es el más específico aunque poco sensible.
 - D) Onda Q prominente en aVF.
- 77 Con respecto a la utilidad de la ecocardiografía en el paciente con sospecha de tromboembolismo pulmonar, señale la FALSA:**
- A) Aunque encontrar datos de dilatación de cavidades derechas y disfunción del ventrículo izquierdo puede orientar el diagnóstico, no debe realizarse fibrinólisis sin disponer previamente de confirmación mediante angioTC pulmonar.
 - B) La ecocardiografía aporta información pronóstica en el tromboembolismo pulmonar.
 - C) La ecocardiografía seriada, en las primeras 48 horas de instauración de tratamiento, permite valorar la eficacia del mismo de una forma no invasiva.
 - D) La visualización de material trombótico en la arteria pulmonar o en la bifurcación debe buscarse activamente en el plano paraesternal eje corto, dado que su hallazgo asocia una elevada mortalidad.
- 78 Todos los siguientes son indicativos de insuficiencia aórtica moderada, EXCEPTO uno que indica severidad. Señale cuál:**
- A) Vena contracta de 0,5 cm.
 - B) Fracción regurgitante del 56%.
 - C) ORE (orificio efectivo regurgitante) de 0,2 cm².
 - D) Anchura del jet de regurgitación del 46% del valor del tracto de salida del ventrículo izquierdo.
- 79 Con respecto a la estenosis mitral señale la verdadera:**
- A) La fiebre reumática es la causa más frecuente de estenosis mitral, ya que la prevalencia de la enfermedad reumática continúa siendo alta en los países en desarrollo.
 - B) El principal mecanismo estenosante reumático es la disfunción del aparato subvalvular, por encima de la fusión de las comisuras, que es menos relevante en la fisiopatología.
 - C) El gradiente transvalvular medio es el único parámetro que no está influido por la frecuencia cardíaca y las condiciones hemodinámicas, por lo que es el parámetro que, de forma aislada, resulta más útil para la estimación del grado de estenosis mitral.
 - D) El tamaño (volumen) de la aurícula izquierda es un predictor tromboembólico mejor que la presencia de contraste espontáneo en dicha cavidad.

80 Señale la opción FALSA con respecto a la insuficiencia valvular mitral:

- A) En la insuficiencia valvular mitral secundaria, el aparato valvular es normal y la insuficiencia se produce por dilatación del anillo valvular, secundario a dilatación del ventrículo y/o de la aurícula izquierda.
- B) En la insuficiencia mitral ligera, la vena contracta oscila entre los 3 y 5 mm, y el volumen regurgitante suele ser mayor a 30 ml pero menor de 50 ml.
- C) La enfermedad de Marfan y el síndrome de Barlow son característicos de la insuficiencia mitral tipo II de la clasificación de Carpentier secundario a prolapso de los velos valvulares.
- D) La mucopolisacaridosis y el síndrome hipereosinofílico son causas de insuficiencia mitral tipo IIIA de la clasificación de Carpentier, por restricción de la apertura valvular.

81 En la insuficiencia mitral severa secundaria a deformación valvular mitral, todos los siguientes son factores predictores de fracaso de la reparación mitral, EXCEPTO uno de ellos. Señale cuál:

- A) Distancia de coaptación mayor de 1 cm.
- B) Chorro regurgitante significativo central/posteromedial.
- C) Calcificación extensa.
- D) Compromiso de dos segmentos, especialmente si pertenecen al velo posterior.

82 ¿Qué considera lo correcto con respecto a las endocarditis por microorganismos HACEK?

- A) Las endocarditis por microorganismos HACEK se asocian con vegetaciones de gran tamaño y elevada frecuencia de embolismos sistémicos.
- B) Klebsiella pneumoniae es uno de los microorganismos que conforman este grupo.
- C) Estas endocarditis se caracterizan por un crecimiento rápido de estos microorganismos en los hemocultivos.
- D) HACEK son un grupo de bacterias Gram positivas.

83 Conteste la correcta con respecto a la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular y alto riesgo tromboembólico:

- A) El tamaño y evolución de las hemorragias intracraneales en pacientes anticoagulados, es peor en pacientes con AVK (fármacos anti-vitaminas K) que en pacientes con ACOD (anticoagulantes orales de acción directa).
- B) El riesgo de hemorragia intracraneal es un 15% menos en pacientes tratados con ACOD versus a los tratados con AVK.
- C) El momento óptimo de reiniciar la anticoagulación después de una hemorragia intracraneal es desconocido, pero se recomienda esperar al menos unas 4 semanas tras la fase aguda.
- D) El cierre de orejuela tras una hemorragia intracraneal es una indicación clase I según las Guías Europeas de 2020.

- 84 Con respecto a las terapias anticoagulantes parenterales, ¿qué considera lo INCORRECTO?**
- A) El Fondaparinux no tiene antídoto.
 - B) La plaquetopenia inducida por heparinas es poco frecuente (< 5%).
 - C) Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) no se eliminan por vía renal.
 - D) Las HBPM tienen menor riesgo de osteoporosis que la heparina sódica.
- 85 ¿Qué fármacos afectan, en términos de interacción farmacológica, principalmente a los anticoagulantes orales directos en pacientes con fibrilación auricular y otras afecciones cardiovasculares?**
- A) Inhibidores/inductores de CYP1A2.
 - B) Medicamentos que afectan fuertemente la glicoproteína de permeabilidad (P-gp).
 - C) Inhibidores/inductores potentes de CYP3A4.
 - D) Estatinas.
- 86 Con respecto a la anticoagulación en pacientes donde coexisten una cardiopatía congénita y fibrilación auricular, independientemente del valor del score CHADVASC2, ¿en cuál de las siguientes NO considera que hay una indicación de anticoagulación?**
- A) Ventrículo derecho sistémico.
 - B) Cirugía paliativa de Fontan.
 - C) Cardiopatía congénita cianótica.
 - D) Comunicación interauricular.
- 87 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones considera la correcta con respecto a la coartación de aorta?**
- A) Después de una reparación quirúrgica o percutánea exitosa la hipertensión sistémica frecuentemente persiste.
 - B) La coartación de aorta es más común en mujeres.
 - C) La lesión cardíaca asociada más frecuente es la comunicación interauricular
 - D) La causa más frecuente de mortalidad, en pacientes adultos con coartación de aorta, es la disección de aorta.
- 88 Respecto de la amiloidosis cardíaca por depósito de transtiretina (ATTR), señale la frase correcta:**
- A) Las arritmias auriculares también son poco frecuentes en pacientes con ATTR.
 - B) El efecto de Tafamidis se basa en su capacidad de inhibir la síntesis hepática de transtiretina.
 - C) Tafamidis ha demostrado beneficio en ATTR en términos de reducción de hospitalizaciones, capacidad funcional, calidad de vida e incluso supervivencia.
 - D) El beneficio de Tafamidis se limita a los pacientes con ATTR hereditaria, y no en la amiloidosis senil o por depósito de TTR “wild type”.

89 Con respecto al pulso paradójico, ¿qué considera lo INCORRECTO?

- A) Es en realidad un fenómeno fisiológico.
- B) Es necesario realizar una inspiración profunda para que pueda ser valorado de forma adecuada y se considera elevado cuando es mayor de 10 mmHg.
- C) Es un signo clínico que aumenta en situaciones como el taponamiento cardiaco, pero no es exclusivo de este.
- D) Su mecanismo fisiopatológico se basa en el desplazamiento del septo interventricular hacia el ventrículo izquierdo, por el aumento del retorno venoso tras la inspiración.

90 ¿Cuál de los siguientes fármacos ha demostrado una reducción de la mortalidad cardiovascular en el paciente diabético con enfermedad cardiovascular?

- A) Sitagliptina.
- B) Liraglutide.
- C) Ertugliflozina.
- D) Dulaglutide.

91 Con respecto a la disección aortica, ¿qué considera lo INCORRECTO?

- A) La prueba diagnóstica de elección inicial, por su elevada sensibilidad y especificidad, es la resonancia cardiaca.
- B) El tratamiento de elección de la disección aortica tipo B, con compromiso de órganos vitales, es la cirugía.
- C) Una limitación del eco transesofágico es la visualización de la aorta ascendente distal.
- D) El tratamiento inicial antihipertensivo de estos pacientes debe incluir los betabloqueantes.

92 ¿Cuál de las siguientes NO es una alteración a nivel cardiovascular en un paciente con hipertiroidismo?

- A) Mayor riesgo de arritmias auriculares.
- B) Mayor riesgo de insuficiencia cardiaca.
- C) Hipertensión sistólica.
- D) Reducción de la precarga.

93 Respecto a las diferencias entre mujeres y hombres en la epidemiología y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?

- A) El riesgo de por vida de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida es menor en las mujeres en comparación con los hombres.
- B) Las mujeres tienen más probabilidades de tener cardiopatía no isquémica.
- C) Entre los pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, las mujeres tienen más probabilidades de tener enfermedad coronaria y enfermedad vascular periférica.
- D) Los hombres tienen más probabilidades de sufrir insuficiencia cardiaca secundaria a cardiopatía isquémica.

94 Con respecto a las prótesis valvulares cardíacas, señale la verdadera:

- A) El implante percutáneo de prótesis aórticas (TAVI) se relaciona con menor tasa de endocarditis infecciosa a largo plazo que la cirugía cardíaca de recambio valvular convencional, por lo que las medidas de profilaxis no son tan necesarias.
- B) Los homoinjertos se obtienen de cadáveres de cerdo, y son sometidos a tratamiento antibiótico y criopreservados a -196° C.
- C) En el procedimiento de Ross, la válvula pulmonar del propio paciente se implanta en posición aórtica con reimplante de las arterias coronarias.
- D) En las pacientes embarazadas en las que se ha implantado previamente una prótesis valvular mecánica, es recomendable no utilizar anticoagulación oral con Warfarina o equivalente, al estar contraindicado, siendo preferible usar -desde el principio del embarazo- heparina de bajo peso molecular.

95 En múltiples ocasiones una endocarditis infecciosa es diagnosticada en el contexto de la atención a un paciente por ictus. Señale la opción INCORRECTA de todas las siguientes:

- A) El riesgo de transformación hemorrágica del ictus, en este contexto, no es significativamente superior al que presentan otras etiologías.
- B) La aparición de aneurismas micóticos como complicación no es rara, y debe ser sospechada ante el empeoramiento clínico.
- C) La embolización sistémica en la endocarditis infecciosa ocurre entre un 22 y 50% de los pacientes, con hasta un 65% de los émbolos que afectan al sistema nervioso central.
- D) En las endocarditis infecciosas sobre válvula nativa, la anticoagulación no ha demostrado beneficio clínico adicional.

96 Con respecto a la estenosis pulmonar, señale la FALSA:

- A) La causa más frecuente es congénita, con una prevalencia mayor en los países asiáticos.
- B) Suele estar presente en el síndrome de Noonan y el síndrome de Williams.
- C) La afectación inflamatoria con afectación funcional posterior significativa, aunque infradiagnosticada, es muy frecuente en la fiebre reumática.
- D) El origen carcinoide también es una posible etiología que considerar tras su diagnóstico.

97 Con respecto a la estenosis aortica severa, señale la FALSA:

- A) La ergometría puede añadir valor diagnóstico en el paciente con estenosis aórtica severa asintomática, y en este escenario puede realizarse independientemente de la velocidad pico detectada en la ecocardiografía, siempre que la fracción de eyección esté conservada.
- B) Los pacientes con estenosis aortica severa asintomática presentan una incidencia de muerte súbita de entre un 1,2 y un 1,5% al año.
- C) La definición más específica incluye detectar una velocidad pico transvalvular mayor o igual a 4 m/s, o un gradiente medio mayor o igual a 40 mm Hg, habitualmente acompañado de un área valvular indexada por superficie corporal de 0,6 cm²/m². Estos datos se corresponden con el estadio D1 de las Guías de Práctica Clínica Americanas publicadas en 2021.
- D) En un paciente de 64 años con estenosis aortica severa sintomática y unas expectativas de vida superiores a 20 años, la cirugía de recambio valvular aórtica sigue siendo la terapia de elección.

98 Indique la respuesta FALSA respecto a los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (análogos de arGLP-1):

- A) El estudio STEP 1 demostró una mayor reducción de peso con Semaglutide una vez por semana frente a placebo en pacientes con sobrepeso sin diabetes mellitus.
- B) Se recomiendan como tratamiento de primera línea en el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y alto riesgo cardiovascular.
- C) Liraglutida ha demostrado una reducción de mortalidad total frente a placebo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y alto riesgo cardiovascular.
- D) En pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en el ensayo SUSTAIN-6, Semaglutide redujo de forma significativa la incidencia de infarto agudo de miocardio no fatal frente a placebo.

99 Señale la afirmación INCORRECTA respecto a la fisiopatología del síndrome isquémico miocárdico:

- A) Se produce por desequilibrio entre la demanda y la oferta miocárdica de oxígeno.
- B) Las demandas miocárdicas de oxígeno dependen de la frecuencia cardíaca, la contractilidad y la tensión de pared.
- C) En el proceso de aterosclerosis están implicadas las células musculares lisas, pero no las del endotelio.
- D) El aumento de aporte miocárdico de oxígeno se consigue mediante incrementos del flujo sanguíneo coronario.

100 ¿Qué valvulopatía se asocia clásicamente con el pulso tardío y débil (pulsus parvus et tardus)?

- A) Estenosis pulmonar.
- B) Insuficiencia aórtica.
- C) Estenosis aórtica.
- D) Estenosis mitral.

CASO PRÁCTICO 1:

Se muestra imagen que fue obtenida durante una coronariografía con realización de angioplastia.

101 Tras visualizarla en el Cuadernillo de Imágenes (caso 1), señale la opción correcta:

- A) Es un hallazgo muy frecuente que no impide continuar con el procedimiento.
- B) Se trata de una fístula coronaria y la imagen corresponde al momento de cierre.
- C) Es una complicación potencialmente muy grave que puede tratarse con un stent recubierto especialmente diseñado para las perforaciones arteriales coronarias graves.
- D) Se trata de un aneurisma coronario parcialmente trombosado no complicado.

CASO PRÁCTICO 2:

¿En qué paciente está indicado la realización de coronariografía emergente?

102 Seleccione una de las siguientes respuestas:

- A) Hombre de 54 años con doble antiagregación y anticoagulado con Fondaparinux con ergometría positiva.
- B) Mujer de 63 años con dolor torácico, signos de insuficiencia cardíaca y descenso ST en cara anterior que no cede con nitratos.
- C) Joven fumador de 42 años con dolores torácicos de origen incierto.
- D) Hombre de 73 años que tuvo angina de reposo hace 1 hora y actualmente está asintomático pero con ondas T negativas en precordiales.

CASO PRÁCTICO 3:

Paciente de 72 años con antecedentes de prótesis aortica biológica por válvula aortica bicúspide hace 15 años. Nueva cirugía por degeneración protésica hace dos años, con nuevo implante de prótesis biológica complicado con mediastinitis que requiere nueva cirugía. Un año después presenta insuficiencia mitral severa que es tratada con un mitraclip con regurgitación mitral leve-moderada residual. Tras mejoría inicial y caída de la presión arterial pulmonar sistólica, acude por disnea especialmente cuando está de pie, andando o sentado y que mejora con el decúbito.

103 ¿Qué tipo de disnea cree usted que presenta este paciente?

- A) Bendopnea.
 - B) Pletipnea.
 - C) Ortopnea.
 - D) Síndrome de Bendopnea-Ortodesoxia.
-

CASO PRÁCTICO 4:

Un niño de año y medio, con síndrome de Down, es valorado por su pediatra por presentar escasa ganancia ponderal. Durante la exploración le ausculta un soplo cardíaco.

104 ¿Qué respuesta es la correcta con respecto a este caso?

- A) La cardiopatía más probable de este niño es una comunicación interventricular.
 - B) La causa más probable de su patología es una estenosis pulmonar congénita.
 - C) La cardiopatía más frecuente en esta población es la comunicación interauricular tipo ostium secundum.
 - D) La causa más frecuente es un defecto atrioventricular parcial tipo comunicación interauricular ostium primum con cleft mitral.
-

CASO PRÁCTICO 5:

Acude a Urgencias de un hospital comarcal una mujer de 86 años con buena calidad de vida previa, que consulta por disnea y malestar torácico de 4 horas de duración. Entre los antecedentes de la paciente destaca hipertensión, dislipemia y una fibrilación auricular paroxística, por lo que está anticoagulada con Apixaban a dosis de 2.5 mgr/12h. En la analítica destaca un creatinina de 1,6 mg/dl (filtrado calculado 34 ml/min), una Hb de 10.9 mgr/dl y un valor inicial de troponina I de 1.400 pg/ml. Destaca en exploración física: crepitantes bibasales y una TAS de 90 mmHg. Se muestra en el Cuadernillo de Imágenes (caso 5) el ECG que presenta la paciente a su llegada y la radiología de tórax hecha en Urgencias.

105 ¿Cuál sería la actitud inicial más adecuada atendiendo a las directrices de las últimas guías? (Nota: las siglas ICP utilizadas en las siguientes preguntas corresponden a "intervencionismo coronario percutáneo").

- A) Manejo conservador por la edad y comorbilidad de la paciente.
 - B) Traslado a un centro con disponibilidad de ICP para estrategia invasiva temprana (antes de las 24 h).
 - C) Traslado a un centro con disponibilidad de ICP para estrategia invasiva inmediata (antes de las 2 h).
 - D) Planificar una estrategia invasiva selectiva (no en las primeras 24 h), e ingreso de la paciente en Unidad de Cuidados Intensivos hasta su traslado.
-

- 106 Se pretende calcular el score de riesgo GRACE de la paciente para estimar el riesgo de muerte durante la hospitalización. ¿Cuál de los siguientes factores NO habría que tener en cuenta?**
- A) Frecuencia cardíaca.
 - B) Sexo.
 - C) Edad.
 - D) Valor de creatinina.
- 107 Queremos estimar también el riesgo hemorrágico de la paciente al someterse a una angiografía coronaria mediante la escala de riesgo CRUSADE. ¿Qué variable NO habría que tener en cuenta en dicha estimación?**
- A) Sexo femenino.
 - B) Aclaramiento de creatinina.
 - C) Edad.
 - D) Insuficiencia cardíaca.
- 108 Atendiendo al riesgo hemorrágico de la paciente, y considerando que éste supera al riesgo isquémico, ¿cuál sería la pauta de tratamiento más adecuada de las indicadas a continuación?**
- A) Aspirina, Clopidogrel y Apixaban durante 1 mes, y tratamiento con ACOD + antiagregante hasta completar 12 meses.
 - B) Aspirina, ticagrelor y Apixaban durante 1 semana, doble terapia 12 meses y, posteriormente, Apixaban.
 - C) Aspirina, Clopidogrel y Apixaban durante 1 semana, doble terapia durante 6 meses y, posteriormente, Apixaban.
 - D) Aspirina, Clopidogrel y Apixaban durante 1 semana, doble terapia 12 meses y, posteriormente, Apixaban.
- 109 La paciente se somete a un cateterismo encontrando una lesión severa en descendente anterior proximal y una lesión moderada-severa en circunfleja media. Se tratan ambas lesiones mediante ICP. Señale la respuesta INCORRECTA respecto al procedimiento de la ICP en esta paciente:**
- A) Se recomienda un contraste hiposmolar o isosmolar.
 - B) Se recomienda los stent farmacoactivos, independientemente de la duración de la TAPD prevista y de que se precise anticoagulación simultáneamente.
 - C) En las nuevas Guías, existen recomendaciones específicas respecto a las estrategias diagnósticas e intervencionistas para pacientes de edad avanzada.
 - D) Se le debe administrar una dosis baja de Enoxaparina i.v. 0.5 mg/kg, o Heparina No Fraccionada 60 UI/Kg.
-

CASO PRÁCTICO 6:

Mujer de 39 años que, tras su tercer parto, ingresa por insuficiencia cardíaca a las 2 semanas de este. Antecedentes de hipertensión en los tres embarazos. Se realiza un ecocardiograma que muestra una fracción de eyección de 23%, regurgitación mitral leve-moderada y una presión arterial pulmonar sistólica de 45 mm Hg. Se inicia tratamiento médico.

110 Con respecto a este cuadro ¿qué considera INCORRECTO de las siguientes afirmaciones?

- A) En esta patología, más del 50 % de los casos recuperan la función ventricular entre el 2º y el 6º mes tras el diagnóstico.
 - B) La edad no es un factor de riesgo para este proceso.
 - C) Es más frecuente en mujeres multiparas.
 - D) Presenta una especial predisposición a la aparición de trombos intracardiacos.
-

CASO PRÁCTICO 7:

Un niño de 7 años acude por dolor torácico atípico a su médico. Se solicita un ecocardiograma donde se aprecia una masa bien circunscrita en el ventrículo izquierdo. Tiene una historia familiar de Esclerosis Tuberosa.

111 ¿Cuál de los siguientes tumores cardiacos es más probable que tenga este niño?

- A) Lipoma.
 - B) Rabdomioma.
 - C) Fibroblastoma papilar.
 - D) Mixoma.
-

CASO PRÁCTICO 8:

Una mujer de 64 años acude a consulta por una historia de 6 meses de disnea, pérdida de peso y episodios de taquicardia y diarrea con sensación de enrojecimiento facial. En la exploración física destaca una auscultación respiratoria normal, un pulso irregular, ingurgitación yugular significativa, un soplo holosistólico en borde esternal izquierdo, que aumenta con la inspiración, y edemas en tobillos. No refiere fiebre.

112 La causa más probable de sus síntomas es:

- A) Endocarditis.
 - B) Feocromocitoma.
 - C) Anomalia de Ebstein.
 - D) Síndrome carcinoide.
-

CASO PRÁCTICO 9:

Mujer de 35 años que como antecedentes refiere acromegalia. Acude a urgencias por presentar de forma súbita dolor torácico, mareo que provocó desmayo y palpitaciones. Además, comenta que desde hace 5 meses presenta disnea desencadenada por esfuerzos moderados, cediendo con reposo. Refiere pérdida de peso, malestar general y dolores articulares. Entre los antecedentes familiares comenta que su madre padeció un tumor cardíaco. En la exploración física se aprecian múltiples nevus pigmentados. La auscultación cardíaca es rítmica, escuchándose un ruido durante la protodiástole y mesodiástole. Se realiza un electrocardiograma que es normal y una radiografía con cardiomegalia. Tras la realización de una ecocardiografía transtorácica y transesofágica se aprecia una masa en aurícula izquierda (ver imagen asociada al Caso

113 Indique cuál de los siguientes enunciados respecto a esta patología es FALSO:

- A) En la analítica se puede apreciar anemia, policitemia, leucocitosis, trombocitosis, hipergammaglobulinemia, elevación de la proteína C reactiva y trombocitopenia.
 - B) El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, independientemente del tamaño, siendo curativo en la mayoría de pacientes.
 - C) Los mixomas constituyen el tipo de tumor cardíaco primario menos frecuente, independientemente de la edad.
 - D) Los síntomas generales de los mixomas pueden contribuir erróneamente al diagnóstico de síndrome paraneoplásico, colagenopatías o endocarditis.
-

CASO PRÁCTICO 10:

Un paciente de 36 años, diagnosticado de sarcoidosis, acude al cardiólogo por presentar palpitaciones. Se ha realizado un Holter donde se aprecian rachas frecuentes de taquicardia ventricular no sostenida.

114 ¿Qué considera correcto con respecto a la afectación cardíaca en la sarcoidosis?

- A) La muerte de causa respiratoria es la principal causa de mortalidad en el paciente con sarcoidosis.
 - B) Se aprecian datos de fibrosis en la cardioresonancia con más frecuencia en los segmentos apicales del septum interventricular y en endocardio.
 - C) Se presenta afectación cardíaca en el 25% de los pacientes con sarcoidosis.
 - D) El tratamiento solo puede iniciarse con confirmación histológica.
-

CASO PRÁCTICO 11:

Mujer de 57 años que acude a urgencias por episodio brusco de dolor centrotorácico. Se realiza ECG que se muestra en el Cuadernillo de Imágenes (caso 11) en la Figura A, y ante la persistencia de dolor refractario a nitroglicerina intravenosa se decide realización de cateterismo urgente. En la coronariografía no se objetivan lesiones coronarias, salvo una placa leve en el segmento medio de la arteria descendente anterior. El día siguiente se realiza una resonancia magnética cardíaca en la que se objetiva una FEVI del 38%, con aquinesia de segmentos medios y apicales. No se objetiva realce tardío. En la Figura B asociada al caso se muestra una secuencia T2-STIR.

115 ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- A) Embolismo coronario.
- B) Vasoespasmo coronario.
- C) Síndrome de Takotsubo.
- D) Miocarditis.

116 Sobre el tratamiento de la patología que sospecha en base a la información de la pregunta anterior, señale la correcta:

- A) Se debe iniciar anticoagulación a dosis terapéutica lo antes posible, inicialmente con heparina de bajo peso molecular y, tras estabilización, con Acenocumarol o un anticoagulante de acción directa.
- B) Dada la falta de respuesta a nitratos, el tratamiento inicial debe basarse en el uso de antagonistas del calcio dihidropiridínicos como Amlodipino.
- C) A pesar del mayor riesgo de formación de trombo intraventricular, la anticoagulación rutinaria en ausencia de trombo no está indicada.
- D) Está indicado el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y Colchicina.

117 Con respecto a la resonancia magnética, señale la afirmación correcta:

- A) La presencia de realce tardío en el territorio de un vaso con localización subepicárdica, es un patrón sugestivo de etiología isquémica.
 - B) La presencia de edema en secuencias T2-STIR, es un signo patognomónico de miocarditis.
 - C) El realce tardío de gadolinio, permite detectar adecuadamente fibrosis focal y difusa.
 - D) La presencia de áreas de realce tardío, no excluye el diagnóstico de Takotsubo.
-

CASO PRÁCTICO 12:

Un hombre de 72 años, con mieloma múltiple, acude a consulta por disnea de esfuerzo progresiva, ortopnea y edemas. En la exploración, la presión arterial es de 105/65 mmHg sin pulso paradójico. Además, presenta ingurgitación yugular, una púrpura periorbitaria, hepatomegalia y edemas con fóvea hasta rodillas. Su ECG destaca por un voltaje muy bajo en las derivaciones de las extremidades.

118 ¿Cuál de los siguientes hallazgos ecocardiográficos NO esperaría encontrar?

- A) Dilatación biauricular.
 - B) Hipertrofia ventricular muy significativa.
 - C) Con speckle-tracking se aprecia una deformación longitudinal muy reducida en el ápex del ventrículo izquierdo, pero no en segmentos basales.
 - D) Tiempo de desaceleración mitral reducido.
-

CASO PRÁCTICO 13:

Varón de 45 años que es remitido a su consulta por un patrón eléctrico de hipertrofia ventricular izquierda. Al realizarle el ecocardiograma muestra una hipertrofia ventricular izquierda severa (septo interventricular de 22 mm). Entre sus antecedentes, su madre falleció con 70 años por insuficiencia renal avanzada y miocardiopatía hipertrófica. En la exploración física destaca la presencia de angioqueratomas, y el paciente se queja de que por mucho esfuerzo que haga, aunque tenga disnea al correr, suda muy poco.

119 Con respecto a la enfermedad que está sospechando, señale la respuesta FALSA:

- A) Es raro que el antecedente de la madre tenga algo que ver con la enfermedad del hijo (nuestro paciente), dado el patrón de herencia típico de esta enfermedad.
 - B) En la cardio-resonancia, tras la administración de gadolinio, es típico el realce en la zona postero-lateral.
 - C) Es raro que el paciente de 45 años tenga, en su descendencia, un hijo varón afecto de la enfermedad.
 - D) El diagnóstico puede hacerse sólo mediante el estudio genético.
-

CASO PRÁCTICO 14:

Una mujer de 36 años, con tetralogía de Fallot reparada, acude a revisión en consulta. Se sometió a cirugía a los 5 meses de edad. Su ECG muestra un ritmo sinusal normal con retraso de la conducción intraventricular (duración del QRS = 190 ms). La resonancia magnética cardíaca revela una fracción de eyección ventricular izquierda ligeramente reducida, regurgitación pulmonar severa, dilatación del ventrículo derecho con disfunción sistólica moderada de este, y regurgitación tricúspide moderada. Una ergoespirometría muestra que su consumo máximo de oxígeno es del 56% del valor previsto para su edad y superficie corporal.

120 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A) Su riesgo de muerte súbita cardíaca es bajo.
 - B) Debería indicársele a la paciente la necesidad de intervenir sobre la válvula pulmonar.
 - C) No necesita profilaxis antibiótica antes de los procedimientos dentales.
 - D) La ergoespirometría está contraindicada en este tipo de paciente.
-

CASO PRÁCTICO 15:

Un recién nacido prematuro de 35 semanas presenta pulsos periféricos hiperdinámicos, con un soplo continuo infraclavicular, así como un latido en ápex hiperdinámico. El ecocardiograma muestra un shunt izquierda derecha entre aorta descendente proximal y arteria pulmonar.

121 Con respecto a esta patología, ¿qué considera correcto?

- A) La mayoría de los neonatos prematuros con un peso al nacer inferior a 1.500 gr presentan esta patología.
 - B) Los neonatos con esta patología cardíaca presentan un deterioro clínico en más de dos tercios de los casos.
 - C) El cierre percutáneo o quirúrgico es necesario en la mayoría de los casos.
 - D) No existe ningún tratamiento médico eficaz para el cierre de este tipo de shunt.
-

CASO PRÁCTICO 16:

Un hombre de 23 años, con distrofia muscular de Duchenne, acude a consulta para valoración derivado desde Neurología.

122 Con respecto a la afectación cardíaca en esta enfermedad, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

- A) Menos del 25% de los pacientes con distrofia muscular de Duchenne mayores de 18 años desarrollan miocardiopatía dilatada.
 - B) La bradicardia sinusal es la alteración del ritmo más frecuente en la distrofia muscular de Duchenne.
 - C) Existe una asociación directa entre la presencia de miocardiopatía dilatada y las anomalías electrocardiográficas.
 - D) El ECG muestra típicamente ondas R altas con amplitud R/S aumentada en V1 y ondas Q profundas y estrechas en las derivaciones precordiales izquierdas.
-

CASO PRÁCTICO 17:

Mujer de 80 años, portadora de marcapasos endocavitario monocameral y prótesis biológica percutánea (TAVI) implantada 7 meses antes, que acude a consulta de revisión refiriendo aumento de su disnea basal de 2 meses de evolución. Refiere también sensación febril no termometrada ocasional, sin claro foco, así como episodios de temblor y escalofríos en el último mes. En la exploración física se encuentra arritmica, ligeramente taquicárdica, afebril, sin otros datos de interés. En la analítica al ingreso presenta leucocitos: 10.350/ μ L y Proteína C Reactiva ligeramente elevada 17.8 pg/mL (valor normal 0-10). Se solicita ecocardiograma transtorácico en el que se informa que se objetiva una imagen móvil e hiperecogénica en cara ventricular de la válvula aórtica protésica que podría ser sugestiva de trombo o vegetación, sin leak y sin insuficiencia significativa, aunque con un ligero aumento de gradientes respecto a ecocardiograma previo (gradiente máximo 29 mmHg, medio 16 mmHg). Se realiza ETE que confirma dicho hallazgo, y un ^{18}F -FDG PET-TC cuya imagen se muestra en el Cuadernillo de Imágenes (caso 17).

123 Sobre esta última exploración, señale la respuesta correcta:

- A) Se observa hipermetabolismo en relación con el material protésico aórtico, que dado el tiempo transcurrido desde el procedimiento TAVI, parece secundario a la propia intervención.
- B) Se observa hipermetabolismo en relación con el material protésico aórtico, así como a nivel renal. Esto es sugestivo de endocarditis protésica aórtica con émbolos sépticos.
- C) Se observa hipermetabolismo en relación con el material protésico aórtico, lo que es sugestivo de endocarditis protésica aórtica. La hipercaptación renal es fisiológica por la eliminación del radiotrazador.
- D) No se observa hipermetabolismo en relación con el material protésico aórtico. Lo que se muestra en la imagen es la captación fisiológica del miocardio.

124 Con respecto al uso de ^{18}F -FDG PET-TC para el diagnóstico de endocarditis, señale la respuesta FALSA:

- A) La presencia de una alteración focal, no así la difusa, a nivel cardíaco, es sugestiva de infección.
- B) La presencia de hipermetabolismo alrededor de una prótesis valvular no es valorable a los 5 meses de la cirugía de recambio valvular, ya que la inflamación relacionada con la cirugía persiste hasta los 6 meses.
- C) Existen algunas condiciones que pueden simular el patrón de hipermetabolismo de ^{18}F -FDG PET-TC observado en las endocarditis, como pueden ser tumores, trombo activo, vasculitis o placas ateroscleróticas blandas.
- D) El ^{18}F -FDG PET-TC podría tener utilidad en la monitorización del tratamiento antimicrobiano.

125 Con respecto al tratamiento antibiótico empírico de la endocarditis infecciosa, señale la correcta:

- A) El tratamiento antibiótico empírico de la endocarditis protésica precoz es similar al de la endocarditis protésica tardía e incluye Vancomicina, Gentamicina y Rifampicina.
- B) El tratamiento antibiótico empírico de la endocarditis protésica tardía incluye Vancomicina, Gentamicina y Rifampicina.
- C) El tratamiento empírico de la endocarditis protésica precoz incluye Vancomicina, Gentamicina y Rifampicina.
- D) En caso de que la pauta incluya Rifampicina, se aconseja que sea iniciada 7-10 días más tarde del inicio de Vancomicina y Gentamicina.

CASO PRÁCTICO 18:

Una mujer de 38 años, con antecedente de neumotórax espontáneo, es derivada a consulta de cardiología tras hallazgo de soplo en una revisión laboral. Refiere clase funcional I NYHA. Se realiza un ecocardiograma transtorácico y se aprecia una válvula aórtica de 3 cúspides, con sigmoideas sin afectación orgánica, con insuficiencia central, con vena contracta de 5 mm y anchura del jet en TSVI del 50%. La aorta mide 48 mm en senos de Valsalva, 35 mm en unión sinotubular y 33 mm en aorta tubular ascendente. En la exploración física general se aprecia envergadura mayor que la altura y enoftalmos.

126 Con estos datos clínicos ¿qué es cierto?

- A) Está indicado hacer profilaxis antibiótica de endocarditis infecciosa ante un procedimiento dental.
- B) Es necesario realizar un angio-TAC o una angio-RM de la aorta.
- C) Si se descubren más casos en la familia, estaría indicado solicitar estudio genético.
- D) La insuficiencia aórtica es severa.

127 En el interrogatorio de los antecedentes familiares, la paciente refiere que su padre falleció a los 47 años de un aneurisma aórtico tras consultar en urgencias por dolor torácico. Se solicita estudio genético y se realiza exploración completa. ¿Cuál de los siguientes hallazgos sería confirmatorio de un síndrome de Marfan, aún si disponer del resultado del test genético?

- A) Aracnodactilia.
- B) Ectasia dural.
- C) Ectopia del cristalino.
- D) Pectus carinatum.

128 La prueba genética muestra una variante patogénica en el gen de la fibrilina 1 (FBN1). A la paciente se le indica cirugía, y se le realiza implante de tubo valvulado con prótesis mecánica (Bono-Bentall). Respecto a la intervención ¿qué es FALSO?

- A) Hubiera sido más apropiado una cirugía de preservación de válvula aórtica nativa, con tubo en aorta proximal y técnica de remodelado o reimplante.
- B) No existe indicación de intervención dado que el diámetro aórtico no sobrepasaba los 50 mm.
- C) Tras esta intervención debe siempre realizarse profilaxis de endocarditis infecciosa ante procedimientos dentales.
- D) Tras la intervención debe seguir con betabloqueantes y/o Losartán, aunque no quede ningún diámetro aórtico aumentado.

129 A los 5 años tras la intervención, se realiza un ecocardiograma de control en revisión rutinaria, observando una V_{máx} transvalvular de 4.2 m/s y un gradiente medio de 40 mmHg, con FE 60%. Con estos parámetros, ¿cuál de los siguientes supuestos es más compatible con una estenosis protésica?

- A) DVI: 0.23, tiempo aceleración Doppler: 105 ms.
- B) DVI: 0.35, tiempo aceleración Doppler: 80 ms.
- C) DVI: 0.23, tiempo aceleración Doppler: 80 ms.
- D) DVI: 0.35, tiempo de aceleración Doppler: 105 ms.

130 Tras el ecocardiograma se sospecha estenosis protésica ¿cuál de las siguientes técnicas es la que más información daría para comprobar la movilidad de discos y si la causa de la obstrucción es trombo o pannus?

- A) Fluoroscopia.
- B) Ecocardiograma transesofágico.
- C) TAC cardíaco.
- D) Resonancia magnética cardíaca.

CASO PRÁCTICO 19:

131 ¿Cuál de las siguientes taquicardias de QRS estrecho NO es compatible con un intervalo RP largo (RP > PR)?

- A) Taquicardia auricular focal.
 - B) Taquicardia por reentrada nodal no común.
 - C) Taquicardia por reentrada nodal común.
 - D) Taquicardia reciprocante de la unión auriculoventricular (Coumel).
-

CASO PRÁCTICO 20:

Mujer de 82 años con episodios recurrentes de Fibrilación Auricular paroxística en los últimos 10 meses. Antecedentes de Hipertensión de larga data en tratamiento con Losartan 100 y Amlodipino 5 mg. Además, está anticoagulada con Dabigatran 110 mg cada 12 h. Se realiza un ecocardiograma en consulta que presenta una estenosis aortica leve, una regurgitación mitral leve e hipertrofia concéntrica con un septo de 14 mm.

132 ¿Cuál cree usted que sería el antiarrítmico ideal para esta paciente?

- A) Sotalol.
 - B) Dronedarona.
 - C) Flecainida.
 - D) Amiodarona.
-

CASO PRÁCTICO 21:

Paciente de 34 años que dice llevar con taquicardias desde la adolescencia, habiendo sido estudiada por cardiología en varias ocasiones, con resultado -según ella dice- de que todo es siempre normal, y se le ha diagnosticado de ansiedad. Normalmente nota las palpitaciones más en el cuello. Hoy tiene un episodio más prolongado justo enfrente del centro de salud y se le realiza el ECG que puede ver en el Cuadernillo de Imágenes.

133 ¿Cuál es su diagnóstico?

- A) Taquicardia antidrómica.
 - B) Taquicardia intranodal con bloqueo de rama izquierda.
 - C) Fibrilación auricular en paciente con síndrome de Wolf Parkinson White.
 - D) Taquicardia ventricular idiopática.
-

CASO PRÁCTICO 22:

Antonio tiene 80 años y acude a la consulta por disnea con el esfuerzo. En tratamiento desde hace años con Losartan/HCTZ y Amlodipino. Tiene un soplo sistólico. Se le realiza el electrocardiograma que puede ver en el Cuadernillo de Imágenes.

134 ¿Cuál sería su diagnóstico más probable en este paciente?

- A) Síndrome Wolf Parkinson White.
 - B) Síndrome Low Ganong Levine.
 - C) Pseudopreexcitación e hipertrofia ventricular izquierda.
 - D) Ritmo nodal.
-

CASO PRÁCTICO 23:

Hombre de 76 años, que ingresa con intenso dolor precordial de carácter opresivo de tres horas de duración. En el electrocardiograma destaca una elevación persistente del segmento ST en derivaciones II, III y aVF. Las enzimas cardíacas están elevadas. Se le administra tratamiento trombolítico. En las horas siguientes, presenta distensión venosa yugular, signo de Kussmaul, hepatomegalia, tensión arterial sistólica de 70 mmHg, pulso paradójico y crepitantes en la auscultación pulmonar. La Rx de tórax muestra infiltrados perihiliares de carácter alveolar. El ecocardiograma confirma su sospecha diagnóstica.

135 ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

- A) Infarto de ventrículo derecho no complicado.
 - B) Insuficiencia mitral aguda por isquemia de un músculo papilar.
 - C) Ritmo idioventricular acelerado.
 - D) Rotura cardíaca.
-

CASO PRÁCTICO 24:

Atiende en consulta a un paciente de 69 años, preocupado por una caída que tuvo recientemente, tras pérdida de conocimiento. Se realiza el electrocardiograma que se muestra en el Cuadernillo de Imágenes como “Imagen A”, junto a una foto parcial de la cara del paciente.

136 Según las Guías ESC-2018 sobre el diagnóstico y tratamiento del Síncope, ¿qué indicación de implante de marcapasos NO tiene un grado de recomendación I?

- A) Distrofia Miotónica de Steinert con síncope de repetición.
- B) Realización de un estudio electrofisiológico y objetivar un intervalo HV de 75 mseg.
- C) Realización de un estudio electrofisiológico con un intervalo HV de 57 mseg, con implante de un holter insertable que presenta pausas de 4 segundos, sintomáticas.
- D) Realización de un estudio electrofisiológico con un intervalo HV de 57 mseg, y un bloqueo His-Purkinje de tercer grado tras la estimulación auricular incremental.

- 137 Durante su permanencia en consulta de críticos, el paciente vuelve a presentar un episodio sincopal, y se consigue realizar un registro electrocardiográfico como el que puede ver en el Cuadernillo de Imágenes en la “Imagen B” de este Caso Práctico (el Nº 24). El diagnóstico electrocardiográfico final será:**
- A) Bloqueo alternante de rama.
 - B) Bloqueo auriculoventricular de alto grado, con bloqueo bifascicular.
 - C) Bloqueo auriculoventricular completo, con bloqueo trifascicular.
 - D) Bloqueo auriculoventricular de alto grado, con bloqueo trifascicular.
- 138 Todas EXCEPTO una, podrían ser causa de un trastorno electrocardiográfico como el de la “Imagen A” de este caso:**
- A) Estenosis aórtica severa calcificada.
 - B) CIA ostium secundum.
 - C) Cardiopatía isquémica tras un infarto de miocardio.
 - D) Infección crónica por Trypanosoma cruzi.
- 139 Finalmente usted decide implantar un marcapasos transitorio, vía venosa yugular, tras lo cual el paciente empieza con inspiraciones profundas y frecuentes, así como con dolor torácico. Rápidamente usted realiza una monitorización hemodinámica del paciente y obtiene el registro de la “Imagen C” mostrada en el Cuadernillo de Imágenes (donde PVC: Presión Venosa Central; PAR: Presión en Arteria Radial; FR: Frecuencia Respiratoria). Señale la respuesta FALSA en esta situación:**
- A) Durante la inspiración, es muy probable que la PVC se incremente, y que la PAR disminuya.
 - B) La administración de cloruro mórfico mejorará el dolor, pero empeorará la situación hemodinámica.
 - C) El eco pulmonar no mostrará demasiadas líneas B.
 - D) Es imprescindible llamar al cirujano.
-

CASO PRÁCTICO 25:

Una mujer de 72 años acude por dolor torácico con esfuerzo desde hace meses y de carácter intermitente. Antecedentes de hipertensión y dislipemia. Se realiza un ecocardiograma con función ventricular conservada y se le solicita una gammagrafía de esfuerzo. Se inicia tratamiento con AAS, Bisoprolol 5 mg y Rosuvastatina de 20 mg. La gammagrafía demostró isquemia moderada en la región lateral, y se solicitó coronariografía, aunque la paciente había mejorado clínicamente y estaba asintomática con el tratamiento instaurado. La coronariografía muestra una estenosis proximal del 80% en la obtusa marginal.

140 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento médico versus revascularización para esta paciente es correcta?

- A) La revascularización debería ser el siguiente paso, dada la severidad de la lesión apreciada en la coronariografía.
 - B) La intervención coronaria percutánea es superior al tratamiento médico para reducir la mortalidad cardiovascular y/o infarto agudo de miocardio en pacientes con angina estable.
 - C) Los resultados de los estudios ISCHEMIA y COURAGE son aplicables tanto a los pacientes con enfermedad de tronco coronario izquierdo como para aquellos con enfermedad severa monovaso.
 - D) En el ensayo ISCHEMIA, los pacientes con enfermedad coronaria crónica que se sometieron a revascularización tenían mejoría de los síntomas en comparación con aquellos con tratamiento médico exclusivo.
-

CASO PRÁCTICO 26:

Manuel, exfumador severo, diabético tipo II e hipertenso, se hizo un cateterismo y una angioplastia múltiple hace unos días, y ahora viene por dolor en los pies. En la foto que se muestra en el Cuadernillo de Imágenes pueden apreciarse las lesiones que presenta. Su médico de familia le ha realizado una analítica apreciando un aumento de la creatinina hasta 1,9 mg/dl, cuando previamente estaba estable en torno a 1,1 mg/dl.

141 ¿Cuál es su diagnóstico de sospecha?

- A) Isquemia arterial aguda de ambos miembros inferiores.
 - B) Reacción cutánea alérgica a Clopidogrel.
 - C) Endocarditis infecciosa.
 - D) Embolismos por cristales de colesterol.
-

CASO PRÁCTICO 27:

Sirpo tiene 80 años, es finlandés y no habla español y acude a Urgencias por disnea. No aporta informes, pero dice "estar operado del corazón". Se le realiza una radiografía de tórax (PA y lateral) que usted verá en el Cuadernillo de Imágenes asociada al caso.

142 ¿De qué cree que es portador este señor, tras observar la radiografía?

- A) Marcapasos doble cámara y DAI-TRC DAI tricameral.
 - B) Neuroestimulador cardíaco y dos triclips.
 - C) Filtro de ambas cavas, DAI y MPS TRC y dos mitraclips.
 - D) Sistema de válvulas bicava, dos mitraclips, MPS bicameral y DAI-TRC.
-

CASO PRÁCTICO 28:

Un paciente de 68 años, con HTA, presenta episodios de fibrilación auricular paroxística recurrente pese a tratamiento con Flecaínida, por lo que se le plantea ablación de venas pulmonares, que acepta. Durante el procedimiento de ablación con radiofrecuencia punto a punto, se observa el registro que le mostramos en el Cuadernillo de Imágenes. El catéter de mapeo (OCTA) se encuentra en el interior de la

vena pulmonar superior izquierda, y RF corresponde al Catéter de ablación.

143 Señale la afirmación correcta con relación a las imágenes que se muestran:

- A) Se observa bloqueo de entrada a la vena pulmonar superior izquierda.
- B) Se observa bloqueo de entrada y salida a la vena pulmonar superior izquierda.
- C) Se observa bloqueo de salida de la vena pulmonar superior izquierda.
- D) El procedimiento se ha realizado con crioablación con balón.

144 ¿Qué afirmación es FALSA respecto al procedimiento de ablación de venas pulmonares en el paciente que se presenta en el caso clínico?

- A) La tasa de éxito a largo plazo oscila entre el 60-80 %.
- B) Precisa de un acceso transeptal para su realización.
- C) La fístula atrioesofágica es una complicación muy poco frecuente pero con alta mortalidad.
- D) Si el procedimiento es exitoso y no se observan recurrencias es posible retirar la anticoagulación a los 6 meses.

145 Durante el seguimiento, el paciente presenta un infarto inferior que precisa del implante de un stent farmacoactivo en coronaria derecha proximal. ¿Cuál es la pauta de antiagregación y anticoagulación recomendada en estos casos?

- A) Triple terapia con AAS + Ticagrelor + ACOD durante 1 semana, a continuación ACOD + Ticagrelor hasta completar el primer año y posteriormente ACOD de forma indefinida.
 - B) Triple terapia con AAS + Clopidogrel + ACOD durante 1 semana, a continuación ACOD + Clopidogrel hasta completar el primer año y posteriormente ACOD de forma indefinida.
 - C) Doble terapia desde el inicio con Ticagrelor + ACOD hasta completar el primer año y posteriormente ACOD de forma indefinida.
 - D) Triple terapia con AAS + Clopidogrel + ACOD durante 1 semana, a continuación ACOD + Clopidogrel hasta completar los 6 primeros meses y posteriormente ACOD de forma indefinida.
-

CASO PRÁCTICO 29:

Ángela tiene 87 años y acude por disnea de esfuerzo. HTA de larga data. Hepatitis por VHC tratada y curada. Asma aparentemente controlada. Vive sola. En la exploración física destaca un soplo sistólico en foco aórtico con segundo ruido no audible. En el Cuadernillo de Imágenes puede ver su ECG y una imagen de su ecocardiograma.

146 ¿Qué considera lo INCORRECTO con respecto a este caso?

- A) Se trata de un paciente con una estenosis aortica severa.
- B) Aunque está sintomática, debe manejarse con tratamiento conservador dada su edad avanzada.
- C) El tratamiento de elección de esta paciente debe ser consensuado en un Heart Team o sesión medicoquirúrgica.
- D) Antes de decidir una actitud terapéutica sería necesario una valoración de fragilidad.

- 147 La paciente del caso anterior, antes de la sesión medico quirúrgica (Heart Team), es valorada por el servicio de geriatría. ¿Cuál de las siguientes escalas NO permite una valoración de la fragilidad de esta paciente?**
- A) Fried.
 - B) Índice de Katz.
 - C) Essential Frailty Toolset (EFT).
 - D) Short Physical Performance Battery.
- 148 La paciente, tras la valoración en el Heart Team, es propuesta para el implante de una prótesis aortica percutánea (TAVI). ¿Cuál de las siguientes pruebas NO considera necesaria previo a esta intervención?**
- A) Pruebas funcionales respiratorias.
 - B) TAC aorta.
 - C) Coronariografía.
 - D) Evaluación del eje aorto-iliaco.
- 149 Tras el implante de la TAVI, ¿qué considera lo correcto con respecto a esta paciente?**
- A) Independientemente de si está en fibrilación auricular o no, debe usar un anticoagulante, preferentemente un anticoagulante oral de acción directa.
 - B) Si la paciente requiere anticoagulación, se recomienda Rivaroxaban por su perfil de seguridad en ancianos.
 - C) Debe indicarse doble antiagregación durante 3 meses, y luego continuar con un solo antiagregante de forma indefinida.
 - D) Si no existe indicación de anticoagulación, se recomienda antiagregación en monoterapia.
-

CASO PRACTICO 30:

Paciente de 79 años con antecedentes de EPOC severo, Hipertensión, Diabetes, Cáncer de próstata tratado con radioterapia, exfumador severo, Cardiopatía isquémica crónica, Insuficiencia renal crónica con FG estable en 40 ml/min, que ingresa en urgencias por palpitaciones y disnea de 48 horas de evolución. Es independiente para sus actividades básicas diarias y no ha ingresado en los últimos 2 años. Su tratamiento habitual es AAS 100 mg, Empagliflozina/Metformina, parche de Nitroglicerina, Amlodipino 5 mg, Simvastatina 20 mg, inhaladores que no recuerda, Torasemida 5 mg, Bromazepan 1,5 mg y Paracetamol/Tramadol cada 8 h. Se realiza el ECG que le mostramos en el Cuadernillo de Imágenes.

150 ¿Qué considera correcto con respecto a este paciente?

- A) Se trata de un flutter auricular izquierdo.
- B) No indicaría una ablación de este tipo de taquicardia, dada sus comorbilidades.
- C) Añadiría a su tratamiento un anticoagulante oral de acción directa, como Rivaroxaban 20 mg/día.
- D) El porcentaje de éxito de una ablación en este paciente es superior al 95%.

151 La fiebre reumática es la complicación cardíaca más frecuente tras una infección por S. beta-hemolítico. Señale la FALSA:

- A) La afectación valvular tras la fiebre reumática aparece aproximadamente en el 60% de los casos.
- B) Otra afectación cardíaca en relación con la infección por streptococo es la miocarditis no reumática, tan frecuente como la fiebre reumática.
- C) La válvula tricúspide puede verse afectada, apareciendo retracción de los velos y/o del aparato subvalvular, pudiendo provocar tanto regurgitación tricuspídea como una combinación de insuficiencia y estenosis.
- D) Los criterios de Jones fueron revisados en el 2015. Uno de los cambios supuso aceptar la detección de valvulitis subclínica mediante ecocardiografía como un criterio mayor para el diagnóstico de fiebre reumática aguda.

152 Con respecto a las enfermedades cardiovasculares con un componente genético reconocido, ¿cuál de las siguientes combinaciones 'cardiopatía' y 'gen afectado' es INCORRECTA?

- A) Marfan y FBN1.
- B) Miocardiopatía Hipertrófica y MYH7.
- C) Miocardiopatía dilatada y COL1A1.
- D) Síndrome QT largo y KCNH2.

153 Sobre el tratamiento crónico de la taquicardia auricular focal, señale la afirmación correcta:

- A) La ablación por catéter tiene una baja tasa de éxito, por lo que queda reservada para aquellos casos en los que pese al tratamiento farmacológico, la arritmia es incesante o provoca taquimiopatía.
- B) Los betabloqueantes y los calcioantagonistas no dihidropiridínicos son el tratamiento de elección en caso de episodios recurrentes, reservándose la Flecainida o Propafenona para aquellos casos sin respuesta a este tratamiento.
- C) La combinación de Ivabradina y betabloqueante no ha demostrado ningún beneficio en este contexto.
- D) La ablación por catéter es el tratamiento de elección en caso de episodios recurrentes.

INSTRUCCIONES PARA LAS PERSONAS OPOSITORAS:

Las personas opositoras están obligadas a colaborar en el correcto desarrollo del examen cumpliendo las siguientes instrucciones; en caso contrario nos veríamos obligados a pedirle que abandone el examen.

EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES QUE A CONTINUACIÓN LE DETALLAMOS SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.

SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TELÉFONOS MÓVILES Y OTROS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:

- ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELÉFONO MÓVIL (o cualquier otro dispositivo electrónico conectado a datos).
- En caso de que necesite algún dispositivo electrónico por tema médico o relacionado con medidas de seguridad en el ámbito de la violencia de género, informe de ello a su entrada en el aula, y le indicarán qué instrucciones específicas debe seguir.
- SI SE LE HUBIERA OLVIDADO DEJAR EL MÓVIL EN CASA O A UN ACOMPAÑANTE, TIENE QUE PONERLO EN CONOCIMIENTO Y ENTREGÁRSELO A LOS RESPONSABLES DEL AULA, QUE LO CUSTODIARÁN HASTA FINALIZAR SU PRUEBA:
- Para ello le entregarán un sobre con autopegado, en el que deberá escribir su DNI, nombre y apellidos, introducir el dispositivo apagado en el sobre, cerrarlo y dejarlo claramente visible en su mesa de examen para que, antes del inicio del reparto de los cuadernillos de examen, sea depositado por las personas de la organización en la mesa del responsable del aula.
- Finalizada la prueba, podrá recoger su móvil tras la presentación de su DNI.

SOBRE EL CORRECTO DESARROLLO DE LA PRUEBA:

- ENCIMA DE LA MESA DE EXAMEN SÓLO PUEDEN ESTAR su documento identificativo (DNI, pasaporte), el cuadernillo de examen y la hoja de respuesta que se le entreguen, el/ los bolígrafo/s y, en su caso, una botella de agua y caramelos. Los enseres personales, como bolsos, carteras, mochilas, etc., debe colocarlos en el suelo, a sus pies.
- ESTÁ TOTALMENTE PROHIBIDO CUALQUIER TIPO DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS OPOSITORAS Y ENTRE ÉSTAS Y EL EXTERIOR, ASÍ COMO EL USO Y TENENCIA DE DISPOSITIVOS MÓVILES.
- NO ESTÁ PERMITIDO LEVANTARSE DEL ASIENTO NI SALIR DEL AULA EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA HASTA EL MOMENTO EN QUE SE INICIE EL EJERCICIO. Después, podrá ir al baño, siempre acompañado por uno de los vigilantes del aula.

SOBRE EL CONTENIDO DEL CUADERNILLO DE EXAMEN:

- Iniciada la prueba, si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, levante la mano y, cuando le atiendan, solicite su sustitución.
- Si entiende que existen preguntas confusas, incorrectamente formuladas o con respuestas erróneas, **LE RECORDAMOS QUE LA/S ALEGACIÓN/ES A LA/S PREGUNTA/S HA DE REALIZARSE A TRAVÉS DE LA V.E.C. EN LOS TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.**

NO ESTÁ PERMITIDO INTERRUPIR EL CORRECTO DESARROLLO DEL EXAMEN.

ANTE CUALQUIER CUESTIÓN O INCIDENCIA QUE TENGA, LEVANTE LA MANO Y ESPERE SENTADO/A Y EN SILENCIO A QUE LE ATIENDAN LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL DESARROLLO DE LA PRUEBA.

